A. PERSYARATAN SURAT IZIN PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT

1. Scan asli surat permohonan yang ditujukan kepada kepala Dinas DPMPTSP Kabupaten Belu yang sudah diisi dan ditandatangani;
2. Scan asli STR yang masih berlaku;
3. Scan asli Surat Keterangan tempat praktik;
4. Scan asli Bukti pemenuhan kecukupan SKP (dalam hal pengajuan permohonan perpanjangan SIP dengan STR yang masih berlaku atau STR seumur hidup selain yang diperoleh berdasarkan pemenuhan kecukupan SKP atau sertifikat kompetensi);
5. Scan asli Ijazah;
6. Scan asli KTP;
7. Pas foto terbaru dan berwarna berlatar belakang merah;
8. Scan asli SIP yang pertama (untuk permohonan SIP yang kedua);
9. Scan asli Surat Pernyataan pemohon izin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan peraturan perundang–undangan dan kebenaran dan keabsahan data/dokumen;

B. Sistem, mekanisme, dan prosedur :

1. Pemohon mendaftar di sistem sicantik.go.id untuk mendapatkan akun atau dapat dibantu oleh Aparatur Sipil Negara (ASN) di Front Office (FO) untuk pembuatan akun;
2. Pemohon masuk di sistem sicantik.go.id dengan memakai akun pemohon, klik tambah data, pilih jenis permohonan Baru/ Perpanjangan/ Perubahan/ Pencabutan, Pilih Instansi Kabupaten Belu, pilih Unit Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu, pilih jenis izin Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut, klik selanjutnya, mengisi keterangan lokasi tempat praktik, klik selanjutnya, klik perseorangan, klik selanjutnya, memperbaiki data perseorangan yang ada (apabila ingin memperbaiki), klik selanjutnya, unggah dokumen Persyaratan perizinan, (unggah dokumen yang sudah di scan asli atau dapat dibantu oleh ASN di FO mengupload persyaratan yang sudah di scan asli), klik selanjutnya, kemudian klik selanjutnya, mengisi data teknis kesehatan, dan klik simpan;
3. ASN FO menerima dan memeriksa berkas, apabila belum lengkap dan benar, dikembalikan untuk dilengkapi dan/atau diperbaiki oleh pemohon, apabila sudah lengkap dan benar, dilanjutkan dengan proses entry data;
4. ASN Back Office (BO) menerima, memeriksa dan melakukan verifikasi dokumen, jika belum sesuai dikembalikan ke ASN FO untuk dilengkapi dan diperbaiki oleh pemohon jika sudah sesuai dilanjutkan dengan penetapan Izin;
5. ASN BO menerbitkan dokumen izin untuk diperiksa, apabila sudah benar dilanjutkan dengan penandatanganan oleh Kepala Dinas;
6. Kepala Dinas melakukan penandatanganan dilanjutkan;
7. ASN FO melakukan proses penyerahan.

Apabila mengalami kendala dapat menghubungi Call Center kami di 0813 3746 8173 atau melalui email foprijinan@gmail.com

C. Jangka waktu penyelesaian :

Jangka waktu penyelesaian Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut adalah paling lama 5 (lima) hari kerja setelah berkas persyaratan dinyatakan lengkap jika tanpa gangguan jaringan.

D. Biaya/tarif : Tidak ada

E. Produk pelayanan : Surat Izin Praktik Tenaga Gigi Mulut (SIP-TGM);

F. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan :

1. Menggunakan Formulir;

2. Melalui kotak pengaduan;
3. Melalui Email dpmptsppengaduan@gmail.com; dan/atau SMS/WA dan/atau telepon di nomor 082146365595;
4. Dibentuk Tim/petugas khusus penanganan pengaduan, saran, dan masukan.

Form - Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut Kesatu

Kepada :
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Belu
Di –
Atambua

Dengan Hormat,
Yang Bertanda Tangan Dibawah ini :

Nama Lengkap :.....
Alamat : .....
Tempat Tanggal lahir :.....
Jenis Kelamin : .....
Tahun Lulusan :.....
Nomor STRTGM : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM) pada :

Nama Fasilitas Kesehatan : .....

Alamat Fasilitas Kesehatan : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

a. STRTGM yang masih berlaku;
b. Surat keterangan tempat praktik.

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terimakasih.

Atambua,.....

Yang Memohon,

(.....)

Form - Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut

KOP RESMI TEMPAT KERJA

CONTOH SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....

Jabatan : .....

Nama Fasilitas Kesehatan : .....

Alamat Fasilitas Kesehatan : .....

Telepon/ Nomor HP : .....

E-mail : .....

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap : .....

Tempat, Tanggal Lahir : .....

Alamat Rumah : .....

Telepon/ Nomor HP : .....

E-mail : .....

No. STRB : .....

Masa berlaku STRB : .....

Benar-benar bekerja sebagai Bidan di fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPB

Atambua,.....

Tanda Tangan dan cap

(.....)

Form - Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	: .....
Tempat Tanggal Lahir	: .....
No. STR	: .....
NIK	: .....
Pekerjaan	: .....
Alamat sesuai KTP	: ..... RT..... RW.....
	Kelurahan/Desa ..... Kecamatan .....
	Kabupaten/Kota ..... Provinsi .....
Tempat Praktik/Kerja	: ..... RT..... RW.....
	Kelurahan/Desa ..... Kecamatan .....
	Kabupaten/Kota Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur

Menyatakan bahwa

1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggungjawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

Atambua,.....

Pemohon

Materai 10.000

.....

Form - Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut

SURAT PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	: .....
Tempat Tanggal Lahir	: .....
Jenis Kelamin	: .....
NIK	: .....
Pekerjaan	: .....
Alamat sesuai KTP	: ..... RT..... RW.....
	Kelurahan/Desa ..... Kecamatan .....
	Kabupaten/Kota ..... Provinsi .....
Alamat Praktik	: ..... RT..... RW.....
	Kelurahan/Desa ..... Kecamatan .....
	Kabupaten/Kota Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur

Bertindak untuk dan atas nama diri sendiri dalam rangka mengajukan **Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut** dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya bertanggungjawab terhadap keabsahan dokumen/berkas yang diserahkan. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen/berkas yang telah saya sampaikan tidak benar dan/atau ada pemalsuan/penipuan, maka saya bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Atambua,.....

Pemohon

Meterai 10000

-

(.....

Form - Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut